

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à une heure

PAR

J. - A. GAUTHIER

Né à Monssac (Dordogne), le 20 Septembre 1860.

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

DES ACCIDENTS DU CANCER DE L'UTÉRUS

ET DE LEURS

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. {
MARCHAND.
RICARD.
LEJARS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554035_0071

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Mars 1893, à une heure

PAR

J. - A. GAUTHIER

Né à Monssac (Dordogne), le 20 Septembre 1860.

, ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

DES ACCIDENTS DU CANCER DE L'UTÉRUS

ET DE LEURS

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { MARCHAND.
RICARD.
LEJARS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUD.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIN	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Nous espérons que, malgré ses apparences modestes, notre travail rencontrera un accueil bienveillant.

On nous reprochera de reprendre un sujet épuisé, peut-être aussi de nous confiner par trop dans la clinique thérapeutique et opératoire. Or, c'est avec intention que nous limitons notre sujet au traitement de quelques-uns des accidents les plus pénibles du cancer de l'utérus : hémorrhagies, écoulements ichoreux, phénomènes douloureux, propagation aux organes du petit bassin. A l'heure actuelle on ne s'attarde guère qu'aux malades justiciables d'une hystérectomie vaginale. Ce sont les « beaux cas », ceux qui font briller statistiques et opérateurs. Plus nombreuses et peut-être non moins intéressantes, sont celles où les ravages du cancer rendent l'extirpation de l'organe impraticable. Trop souvent considérées comme indignes d'un service de chirurgie, elles sont reléguées dans les services de médecine, parfois même dans les services de chroniques, où elles ne reçoivent aucun des soins que comporte leur situation.

Est-ce à dire que cette catégorie de malades soit en dehors du milieu hospitalier l'objet de soins plus sérieux?

Quelques injections vaginales antiseptiques, souvent prescrites d'une façon intempestive, une potion tonique et reconstituante, constituent d'ordinaire toute la médication. Ce sont des faits que nous avons observés, en suppléant des médecins dans leur clientèle.

Eh bien! nous croyons qu'il y a plus et mieux à faire pour ces malades.

L'hystérectomie vaginale, dirigée contre le cancer, est une des belles acquisitions de la chirurgie, et notre maître M. Richelot a fait en la vulgarisant œuvre utile et durable; mais ses indications sont exceptionnelles et elle exige pour réussir des qualités chirurgicales solides.

Au contraire, les faits qui nous occupent représentent la grande majorité, et il n'est aucun médecin, si étranger soit-il aux choses de la chirurgie, qui ne puisse mettre en pratique les interventions ou procédés thérapeutiques, que nous préconisons. Il n'est rien de ce que nous avançons que nous n'ayons vu ou exécuté nous-mêmes, dans les services de nos maîtres: MM. Richelot, Guéniot, Nicaise et Gérard Marchant, grâce à la confiance dont ils nous ont toujours honoré pendant notre Internat.

Nous ne reproduirons qu'un nombre restreint d'observations, choisies parmi les plus typiques et le plus probantes.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Coup-d'œil sur la physionomie et l'évolution cliniques du cancer de l'utérus.

Le cancer de l'utérus débute par le col, dans la grande majorité des cas, et, exceptionnellement par le corps.

A. *Cancer du col.* — Suivant qu'il a son point de départ sur le museau de tanche ou dans l'intérieur de la cavité cervicale, il affecte dans sa marche une allure spéciale. Dans le premier cas, il s'étend à la surface externe du col, se rapproche peu à peu des culs-de-sac vaginaux et envahit les parois du vagin. La muqueuse cervicale et les parties sus-vaginales du col restent pendant longtemps intactes.

La progression du cancer ne se fait pas avec la même rapidité sur toute la périphérie : l'une des lèvres du col peut être en partie détruite, tandis que l'autre est encore à peine infiltrée, d'où des modalités que le toucher révèle très bien. — Le processus cancéreux, aboutit le plus souvent à la formation de masses charnues volumineuses, lobulées, dures par-ci, molles par là, saignant au moindre contact, implantées sur le col avec lequel elle se confondent. Parfois, elles remplissent complètement le vagin, à tel point que le doigt explorateur rencontre

des difficultés pour contourner le cancer et aller par derrière se rendre compte du degré d'envahissement du col et d'intégrité des culs de sac vaginaux. On dirait un énorme champignon inséré sur une partie du col. C'est la forme hypertrophique ou proliférante.

D'autres fois, au lieu de bourgeons exubérants, c'est une ulcération profonde que trouve le doigt : au fur et à mesure qu'ils sont envahis, les tissus s'éliminent en liquides ichoreux. On se trouve en présence de la forme térébrante.

Quand le cancer débute près de l'orifice externe, mais dans l'intérieur de la cavité cervicale, il remonte peu à peu du côté de l'orifice interne, en suivant la muqueuse et évide le col de la profondeur vers la superficie.

Ces distinctions, qu'on trouvera peut-être un peu schématiques, répondent toutefois à la réalité des faits, quand on surprend le cancer à son début. Plus tard, au cours de son évolution, alors que le col est déchiqueté, lobulé, elles deviennent plus difficiles à établir. Nous n'y insisterons pas parce qu'elles n'ont pas une portée pratique immédiate.

Plus importante à caractériser est une disposition anatomique que le cancer du col est susceptible de revêtir à un certain degré de son évolution.

Après avoir détruit le col, le cancer gagne circulairement la paroi vaginale, au niveau de sa ligne d'insertion, en même temps qu'il empiète sur la portion sus-vaginale de l'utérus, du côté de l'orifice interne et de la cavité utérine. Or, quelles sont les données du toucher vaginal et quelle valeur leur attribuer ?

Au centre est un orifice large, où pénètre le doigt. Cet orifice est limité par un gros bourrelet circulaire, plus ou moins régulier, dur ou friable, parfois lisse. En dehors et sur toute la périphérie, le doigt trouve un sinus plus ou moins profond, constitué par la muqueuse vaginale.

En présence d'une telle disposition anatomique, on est tenté de formuler le diagnostic suivant : Cancer limité au col, culs-de-sac libres et comme conclusion : hystérectomie vaginale possible. Or, ce diagnostic est basé sur une erreur d'interprétation.

Le col n'existe plus. L'orifice central que rencontre le doigt s'abouche directement ou presque directement dans la cavité du corps. — Le bourrelet qui le limite et qui, plus ou moins proéminent, donne l'illusion de la saillie du col dans le fond du vagin, est constitué par la zone d'envahissement du cancer, dont les bourgeons infiltrant circulairement la paroi vaginale des culs-de-sac. Enfin le sinus périphérique correspond à la paroi vaginale non envahie, adjacente au bourrelet.

La méprise n'est certes pas difficile à éviter, mais encore faut-il une habitude assez grande du toucher vaginal et une analyse raisonnée des sensations qu'il fournit.

C'est avec raison que notre Maître M. Richelot insiste sur la nécessité de se familiariser avec cette disposition, et, pour la mettre en relief, assigne aux cancers qui l'offrent la dénomination de « *Cancers à grand cercle* ».

C'est en effet la sensation d'un cercle qu'éprouve le doigt au fond du vagin, cercle beaucoup plus grand

que celui du col normal ou à peine envahi, d'autant plus grand que les lésions sont plus avancées, puisque l'extension du cancer se fait aux dépens de la paroi vaginale du fond vers l'extérieur, ce qui revient à dire du centre à la périphérie.

En raison de la fixité que cette disposition donne à l'utérus, en raison aussi de l'envahissement du tissu cellulaire rétrovésical et prérectal qui en est la conséquence, le cancer à grand cercle contrindique formellement l'hystérectomie vaginale totale.

A l'infiltration de la paroi vaginale s'adjoint, pour créer l'ankylose, l'envahissement des ligaments larges, souvent aussi l'existence de lésions antérieures au cancer et indépendantes de lui, telles que pelvi-péritonites, salpingites, paramétrites anciennes. Ces conditions anatomiques dans leur ensemble forment la base d'appréciation la plus importante pour décider telle ou telle intervention.

B. *Cancer du corps.* — Il commence par la muqueuse du corps, l'envahit de proche en proche, creuse peu à peu le muscle, évide la cavité utérine et gagne les ligaments larges, tandis que le col, pendant très longtemps du moins, garde sa physionomie normale au toucher et au spéculum. Les métrorrhagies, les écoulements ichoreux, les douleurs, l'ankylose sont précoces : il en est de même de la propagation au rectum et à la vessie, et de la généralisation viscérale. Aussi, soit parce que le diagnostic est incertain, soit parce que les malades se pré-

sentent alors que l'ankylose est constituée, l'hystérectomie vaginale totale est-elle rarement praticable.

CHAPITRE II

Accidents du cancer de l'utérus.

Dans le cours de son évolution, qui est plus ou moins longue et varie de quelques mois à douze, vingt-quatre et plus rarement trente-six mois, le cancer utérin est traversé d'accidents multiples, qui, en dehors des cas où l'hystérectomie vaginale est indiquée, peuvent soit isolément, soit dans leur ensemble, être la source d'indications spéciales, qu'une intervention bénigne, possible pour tous les médecins, est susceptible de remplir.

Ces accidents sont :

- A. — Les hémorrhagies.
- B. — Les écoulements ichoreux.
- C. — Les phénomènes douloureux.
- D. — La propagation aux organes du petit bassin :
rectum, vessie, uretères.

Nous allons passer en revue chacun de ces accidents, en relevant surtout les particularités qui commandent une indication.

A. — HÉMORRHAGIES.

Elles constituent l'un des accidents les plus fréquents et les plus graves du cancer de l'utérus.

Les conditions anatomiques qui président à leur apparition sont multiples, et il importe de les mettre en relief, afin d'en dégager s'il est possible des indications thérapeutiques. La condition primordiale, c'est l'infiltration des tissus par le néoplasie cancéreuse, l'altération des parois vasculaires, la friabilité des vaisseaux de nouvelle formation.

Mais d'autres conditions, d'ordre secondaire, influent sur leur apparition, sur leur fréquence, etc... S'agit-il d'un gros champignon cancéreux, où les phénomènes de nécrobiose sont des plus accusés, il suffira d'une marche, d'une fatigue, d'un examen maladroit pour lacérer les tissus et ouvrir les vaisseaux. Dans ces cas, on a rarement une hémorrhagie en jet; le sang coule en nappe; s'agit-il de la forme térébrante au contraire, le cancer peut rencontrer une artère assez volumineuse, l'ulcérer et provoquer une hémorrhagie d'une gravité immédiate : ces faits sont bien plus rares.

Parfois au début, comme on l'observe dans le cancer du corps et plus rarement dans le cancer du col, elles coïncident avec les périodes menstruelles et se traduisent par une abondance insolite des règles. Plus tard elles se montrent dans la période intercalaire, d'une façon irrégulière, pour devenir continues, si bien que les malades sont tout le temps « dans le sang. »

La précocité de leur apparition est souvent affaire de hasard. D'une façon générale, elles apparaissent à une époque assez éloignée du début réel du cancer et quand

on est appelé à pratiquer l'examen, les lésions sont déjà très avancées. Par exception même, on voit des cancers évoluer presque à la fin sans être jamais accompagnés de pertes sanguines.

Le cancer de l'utérus, en dehors de ses complications, conduit progressivement à la déchéance organique, mais en un temps relativement long. Par contre, l'apparition précoce des hémorrhagies, leur répétition fréquente, leur abondance exagérée imprime à la marche de l'affection une rapidité inusitée : la malade n'a pas le teint jaune paille des cancéreux, mais elle est pâle, anémiée, essoufflée au moindre effort, incapable de se mouvoir, exposée aux lipothymies et aux syncopes, avec vertiges et tintements d'oreilles. La mort est même fréquemment la conséquence immédiate de ces pertes sanguines répétées.

En tous cas elles aggravent singulièrement le pronostic opératoire, si, avant d'entreprendre une intervention sanglante quelconque, on ne prend pas la précaution de les tarir par des pansements et de différer l'opération, jusqu'au jour où la malade a reconstitué ses forces et se trouve en état de résister au choc opératoire. Ce n'est pas seulement l'extirpation totale de l'utérus qui est alors contre-indiquée : ce sont aussi les hystérectomies partielles sus ou sous-vaginales, voire même le curage. L'anémie est si profonde, le pouls est à un tel degré de mollesse, que les malades ne seraient pas capables de faire les frais de la moindre perte de sang.

B. — ÉCOULEMENTS ICHOREUX

Parfois très précoces, ils accompagnent toujours, à un moment donné, le cancer de l'utérus.

Ils sont constitués d'éléments divers : désintégration et nécrose des tissus [infiltrés, gangrène moléculaire, sécrétions glandulaires, caillots sanguins désagrégés, desquamations épithéliales, infections secondaires et inflammations suppuratives.

Ils ne sont pas propres au cancer ; on les observe dans certaines métrites suppurées ou hémorrhagiques, dans certains cas de polypes de l'utérus, mais c'est dans le cancer de l'utérus qu'ils se présentent avec les caractères les plus nets et les plus constants.

Ces écoulements sont horriblement fétides. Ils empoisonnent l'existence des malades et éloignent d'elles même les personnes qui leur témoignaient le plus d'intérêt. Cet isolement, ce vide que crée autour d'elles une telle infirmité influent beaucoup sur leur état mental. Aussi, peut-on prévoir combien le rôle du médecin sera considérable, s'il peut arriver à en atténuer les effets.

Ils peuvent constituer l'un des premiers accidents dont se plaignent les malades et précéder même d'un temps très long les hémorrhagies. D'abord, ils simulent assez bien *les flueurs blanches*. C'est un liquide séreux, ou séromuqueux, habituellement très fluide, qui empèse le linge, où il forme de larges placards jaunâtres, parfois un peu striés de sang.

Sécrétés en tout temps, mais avec une recrudescence avant et après les règles, ils doivent, surtout s'ils atteignent des proportions considérables, éveiller l'attention du médecin. Bientôt du reste ils prennent un caractère de la plus haute importance ; ils deviennent roussâtres. Les « eaux rousses » constituent un signe presque pathognomonique du cancer. Elles sont constituées par une sérosité sanguinolente, associée dans une proportion variable avec du pus et des mucosités. C'est à ce moment aussi qu'elles deviennent fétides et revêtent les caractères propres aux écoulements ichoreux,

Les écoulements ichoreux constituent par eux-mêmes un des accidents les plus graves du cancer de l'utérus.

Nous avons parlé de leur fétidité, du dégoût qu'ils inspirent à tous ceux qui approchent les malades, du retentissement douloureux qu'ils ont sur l'esprit de ces dernières. Nous n'y insistons pas.

A d'autres points de vue, leur influence n'est pas moins désastreuse : leur contact irrite le vagin et le périnée, provoque une rougeur diffuse, à laquelle succèdent des vésicules, des érosions, des plaques parfois assez étendues des sphacèle. Qu'on y joigne les douleurs atroces qui résultent de la mise à nu des papilles du derme et l'on aura une idée des tortures morales et physiques qu'endurent ces malades.

En outre, au sein de ces tissus ulcérés, il se fait une résorption active de produits putrides, qui a sur l'état général des malades une action des plus fâcheuses : l'ichor

du cancer de l'utérus constitue pour les microorganismes des conditions excellentes pour leur pullulation : aussi aux accidents directs causés par le cancer, viennent s'ajouter des accidents nouveaux, dus à des infections secondaires qui se font au niveau des plaies. C'est ainsi qu'on peut expliquer la fièvre si fréquente pendant l'évolution du cancer, la lymphangite péri-utérine, la suppuration des annexes, qui viennent compliquer les néoplasmes cancéreux, enfin la phlébite des veines du ligament large et du petit bassin, que nous avons eu l'occasion d'observer à l'autopsie de quelques cancéreux. C'est également à une infection réalisée au niveau de la plaie utérine ou de la plaie vaginale, qu'il est logique de rattacher la phlegmasia alba dolens, apanage fréquent du cancer de l'utérus en voie d'évolution ou arrivé à la période terminale.

Indépendamment de ces accidents locaux, les écoulements ichoreux réclament probablement une part très grande dans la production de la *cachexie dite cancéreuse*.

Peut-être aussi, (mais ici nous serons moins affirmatif), c'est par la plaie utérine que pénètrent les microorganismes, pour déterminer les complications viscérales, à broncho-pneumonie, péricardite, arthrites et infections diverses, qui viennent abréger les jours de la cancéreuse.

On voit quelles conséquences fâcheuses entraînent les écoulements ichoreux : isolement des malades et comme conséquence leur dépression mentale, fièvre putride, infections secondaires diverses locales et viscérales, cachexie cancéreuse proprement dite. C'est assez dire tout le prix

qu'on doit attacher aux moyens thérapeutiques, qui nous permettront de les supprimer.

C. — PHÉNOMÈNES DOULOUREUX PENDANT L'ÉVOLUTION
DU CANCER UTÉRIN.

Le développement du cancer utérin ne détermine pas au début de réaction, et c'est une des raisons pour lesquelles il passe si souvent inaperçu.

L'apparition de la douleur implique presque fatalement une lésion avancée. Elle ressortit à trois ordres de causes, qu'il est nécessaire de spécifier, car à chacune d'elles correspond une indication particulière :

1° Envahissement des ligaments larges par la néoplasie cancéreuse et compression des filets nerveux du petit bassin ;

2° Irritation et ulcération de la vulve, du vagin et du périnée par le contact prolongé de l'ichor cancéreux ;

3° Irritation du tissu utérin.

L'utérus à l'état normal offre une sensibilité obtuse, mais quand il est ulcéré et baigne dans les liquides ichoreux, les malades souffrent. On peut objecter que s'il existe de la douleur, c'est que le cancer s'est propagé déjà à notre insu, aux ligaments larges, mais plusieurs raisons plaident contre cette interprétation.

D'abord, la douleur s'observe dans des cas où une petite partie du col est seule envahie, où l'utérus est petit, mobile, où les ligaments larges et les culs-de-sac du vagin sont souples et élastiques. On ne

peut vraiment incriminer ici la propagation du cancer aux ligaments larges et à la compression des filets nerveux.

La douleur n'a pas non plus ces caractères de ténacité ou de redoublements paroxystiques, qu'on observe dans les premiers cas. Plusieurs de nos malades la comparaient à celle que produirait un agent irritant sur une plaie à vif. Sur d'autres, c'était une sensation de brûlures, de cuisson. En outre, autant les irradiations sont fréquentes, constituent même la règle, pourrait-on dire, dans les douleurs par propagation, autant elles sont ici limitées, confinées, variables d'intensité, fugaces, surbordonnées souvent à une irrigation bien faite ou à un pansement bien compris.

D. — PROPAGATION A LA VESSIE ET AU RECTUM

Le cancer utérin, poursuivant sa marche extensive, peut envahir et ulcérer, soit isolément, soit simultanément, le rectum et la vessie. Aux causes nombreuses de souffrances physiques et morales, vient s'ajouter dès lors le passage continuuel de l'urine et des matières fécales dans le vagin : le cloaque est réalisé. La situation devient plus critique encore le jour où les uretères sont obtruées et le cours de l'urine empêché.

Y a-t-il moyen d'atténuer dans une certaine mesure les effets répugnants de cette complication ? Oui, peut-être, ainsi que nous le verrons plus loin.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement

CHAPITRE I

Technique de l'exploration du cancer utérin.

Avant d'exposer les diverses méthodes de traitement, il nous paraît nécessaire de donner la technique de l'exploration gynécologique dans le cancer de l'utérus, et des manœuvres qu'on est appelé à pratiquer dans les voies génitales.

L'exploration se fait avec les moyens généraux dont on dispose en gynécologie : palper, toucher vaginal, spéculum, hystérométrie, toucher rectal.

Palper. — Il donne peu de renseignements. Ses résultats sont plutôt négatifs. Il indique si l'utérus est gros, s'il déborde la symphyse dans les conditions ordinaires. Il indique aussi s'il y a quelque chose de surajouté : fibrome, kyste, suppuration des trompes et des ovaires.

Toucher vaginal. — Le plus important des procédés

d'exploration, il donne les renseignements les plus exacts et les plus utiles à connaître.

Il faut le pratiquer avec une douceur extrême, surtout s'il existe des hémorrhagies et si l'on soupçonne la présence d'un cancer en choux-fleur. On suivra la paroi vaginale choisie comme guide et l'on s'éloignera des masses qui obstruent le centre du vagin. Arrivé dans le cul-de-sac, on les explorera circulairement, en contournant le col, dont on appréciera ainsi le degré d'envahissement. Cela fait, on cherchera à se rendre compte du degré de mobilité de l'utérus, que l'on essaiera de faire basculer en tous sens.

Cette appréciation, unie à la constatation de l'état des parois vaginales dans les culs-de-sac est de la plus haute importance.

Le toucher vaginal sera toujours combiné au palper hypogastrique. On terminera par l'exploration des annexes et des organes du petit bassin notamment du bas-fond de la vessie, si le cancer est avancé et a empiété sur la paroi vaginale antérieure.

Souvent l'examen ne peut être poussé aussi loin par crainte des hémorrhagies qu'on pourrait provoquer ou accroître. Tel fut le cas pour la malade dont l'observation est rapportée plus loin. Il faut alors se borner, comme nous le fîmes, à un toucher superficiel et s'empresse de parer aux accidents du moment.

Exploration à l'aide de la vue. — Si le cancer ne forme

pas au fond du vagin une masse trop grosse ou trop friable, on peut utiliser le spéculum, qui n'exige pas d'aides spéciaux. Dès que le col ne peut plus être saisi entre les valves, sans crainte de déchirer les tissus, on doit recourir aux écarteurs vaginaux (valves indépendantes).

Nous repoussons les valves de Sims, qui sont inconmodes.

Les valves ordinaires sont préférables, quel que soit le modèle, pourvu qu'on en ait de dimensions différentes suivant les besoins. Les valves conviennent bien aux cancers bourgeonnants qui remplissent le fond du vagin : elles donnent beaucoup de jour, et comme elles sont indépendantes, on peut les changer de place, pour explorer successivement les divers points de la paroi vaginale. Leur mode d'introduction est assez important, pour que nous en notions les particularités.

C'est l'index gauche, qui doit les guider. Sur le doigt placé au niveau de la commissure postérieure de la vulve pour l'abaisser, on glisse la valve tenue de la main droite et on l'enfonce dans la profondeur du vagin, en déprimant sa paroi postérieure ; l'on s'arrête dès qu'on arrive dans le cul-de-sac vaginal, ou qu'on touche sur la paroi la zone d'envahissement du cancer. On confie le manche de l'instrument à un aide qui ne doit plus bouger.

Pour compléter la béance du vagin, on se sert d'une autre valve, plus grande ou plus petite selon les besoins qu'on introduit en avant, en suivant la paroi antérieure

du vagin et se guidant encore sur l'index gauche. On la confie à l'aide.

Cela fait, le regard a libre accès dans le vagin, peut apprécier l'état des parties et juger des indications. Ajoutons qu'on est prêt à parer à toutes les éventualités, et qu'on peut, séance tenante, faire un curage, une cautérisation, un pansement ou un tamponnement. Nous reviendrons sur ce sujet.

Hystérométrie. — Dans le cancer du col, elle est le plus souvent inutile et dangereuse, quand elle n'est pas impossible, par suite de l'obstruction du canal cervical. Les données qu'elle fournit ne sont pas en rapport avec les accidents qu'elle peut provoquer.

Il n'en est pas de même dans le cancer du corps. Ici le cathétérisme du col est possible, à cause de son intégrité habituelle, en outre, l'hystéromètre en montrant la dilatation de la cavité du corps dans tous ses diamètres peut fournir d'utiles indications, si le diagnostic est hésitant. Toutefois, on se rappellera que la paroi utérine très friable peut se laisser transpercer, si l'on n'use d'une grande douceur dans l'exploration.

Toucher rectal. — Il complète les diverses explorations faite par la voie vaginale, surtout si le cancer s'étant propagé au cul-de-sac postérieur, on a lieu de soupçonner une extension à la paroi rectale. Grâce à lui, on se rend compte de la hauteur qu'atteint le mal, de la coarctation qu'il produit.

CHAPITRE II

Description des méthodes de traitement.

Parmi les accidents que nous avons décrits et qui demandent les soins du médecin, nous établissons deux groupes.

Le premier groupe comprend les accidents dus aux métrorrhagies, aux écoulements ichoreux et aux douleurs.

Le deuxième groupe se rapporte aux accidents qui sont dus à la propagation et à l'extension du cancer au rectum, à la vessie et aux uretères.

A. — PREMIER GROUPE.

Métrorrhagies. — Écoulements ichoreux. — Douleurs.

1. — *Hystérectomie vaginale totale.* — Il est évident que pour supprimer ces accidents, le moyen le plus radical consiste à extirper l'utérus. Mais, pour être pratiqué avec fruit, l'hystérectomie vaginale totale doit répondre à un certain nombre d'indications formelles qui ne se trouvent pas toujours réunies.

Elle suppose: *a)* que le cancer est au début; *b)* que les culs-de-sac sont libres; *c)* que l'utérus est mobile et abaissable; *d)* que l'état général est satisfaisant, c'est-à-dire que la malade n'est ni anémique (hémorrhagie),

ni cachectique, ni fébricitante, enfin que le pouls est fort et résistant.

Ces conditions impliquent que les douleurs excessives, qui traduisent l'envahissement des ligaments larges, la contre-indiquent formellement, de même que la propagation au rectum et à la vessie et la disposition que nous avons décrite sous le nom de « *Cancer à grand cercle*. »

En outre, si l'hystérectomie vaginale réussit bien entre les mains de chirurgiens qui en ont l'expérience, elle constitue une opération inaccessible à la généralité des praticiens, et c'est à des moyens plus simples, moins dangereux, que ceux-ci auront recours, pour pallier les divers accidents que nous avons en vue.

Aussi bien, n'est-ce pas tant des cas, où l'hystérectomie vaginale est indiquée que nous voulons nous occuper, que de ceux où toute intervention radicale étant jugée impossible, on ne peut songer, pour parer aux accidents, qu'à une opération, à une médication et à des manœuvres palliatives.

2. *Hystérectomie partielle*. — Sous ce nom, on entend les opérations qui ne portent que sur le col et suivant que l'amputation porte au dessus ou au dessous de l'insertion de la paroi vaginale sur le corps, l'amputation est dite infra ou supra vaginale.

a) L'amputation infra-vaginale n'est compatible qu'avec des cancers peu avancés, qui n'ont pas encore atteint le

cul-de-sac du vagin. Pratiqué avec le bistouri, l'anse galvanoplastique ou le thermocautère, elle est avantageusement remplacée, lorsque toutes les conditions sont requises, par l'hystérectomie totale ou l'amputation supra-vaginale. Toutefois, vu sa simplicité d'exécution, elle n'est pas à dédaigner, quand il s'agit de supprimer un champignon cancéreux, qui saigne, infecte la malade ou provoque des inflammations locales douloureuses.

b) L'amputation supra-vaginale est déjà plus difficile, bien qu'elle n'exige pas une expérience chirurgicale consommée. Sans prétendre éviter la récurrence, elle répond mieux que l'opération précédente à l'indication de dépasser les limites du mal. Elle s'adresse, à quelques variantes près, à la même catégorie de cas et, comme elle, combat les mêmes accidents. Dans sa détermination pour telle ou telle de ces interventions, le praticien s'inspirera de l'état local du col, et beaucoup aussi de sa sûreté de mains. C'est dire que nous n'attachons pas une grande importance au choix qu'il fera. Dans l'une et dans l'autre, la récurrence sera fatale, mais les accidents seront conjurés pour un temps.

c) Par opposition aux opérations réglées, dites typiques, qui ne sont possibles que dans certains cas peu avancés, nous devons parler des amputations irrégulières, atypiques où le col est envahi de telle sorte qu'on ne peut suivre aucune règle technique. On fait ce qu'on peut : on abrase les tissus envahis, on les poursuit aussi loin que possible.

Seule la crainte d'intéresser la vessie, les uretères ou le rectum doit arrêter la main.

Ces amputations atypiques établissent une transition entre les amputations totales ou partielles et le simple curage palliatif du cancer de l'utérus.

Mais avant d'entrer dans la description de ce dernier, nous désirerions donner préalablement la technique opératoire des injections vaginales et des pansements utérins, qui occupent une place si importante dans le traitement des accidents du cancer de l'utérus et que nous n'hésitons pas à élever au rang d'une opération.

3. — *Injection vaginales.* — Dans le cancer de l'utérus et particulièrement dans les cancers bourgeonnants, le médecin seul a qualité pour les pratiquer. Jamais il ne peut en confier le soin aux malades elles-mêmes ou à leur entourage.

On emploiera un des nombreux modèles de vases communicants. On repoussera les irrigateurs et autres instruments analogues. Les canules en verre à un ou plusieurs orifices conviennent très bien.

On utilisera les liquides antiseptiques, mais faibles, pour éviter les intoxications. Enfin, ils seront à une température élevée (40°, 45°, 48°). En effet, les injections vaginales répondent à deux indications : antiseptie du vagin et action hémostatique.

Il faut se garder de pratiquer l'injection en enfonçant à l'aveugle la canule dans le vagin. Le doigt après

avoir exploré minutieusement le vagin servira de conducteur à la canule. On évitera ainsi de lacérer les bourgeons charnus, de les déchirer, de les faire saigner. On pourra grâce au doigt conducteur porter l'injection profondément dans le cul-de-sac, en arrière des bourgeons charnus, alors que l'injection pratiquée dans les conditions ordinaires aurait à peine atteint les parties antérieures du vagin.

La quantité de liquide injecté, sa température, la pression qu'on lui donnera, ses qualités antiseptiques ou désinfectantes, la durée des irrigations varieront avec le but qu'on veut atteindre : combattre la métrorrhagie, empêcher les résorptions putrides, désinfecter les écoulements ichoreux.

4. — *Pansement et Tamponnement.* — Autant que les injections les pansements réclament toute l'attention du médecin. Lui seul aussi peut et doit les pratiquer. Ils n'agissent qu'à la condition d'être parfaits et pour atteindre la perfection ils nécessitent une grande habitude et beaucoup de soins.

On les fait précéder d'irrigations antiseptiques.

Cela fait, on dispose les valves dans le vagin : nous ne reviendrons pas sur la manière de procéder. Nous avons donné déjà tous les détails nécessaires.

Après avoir nettoyé, détergé la plaie, on fait, suivant l'indication, un pansement ou un tamponnement.

Le tamponnement n'est autre qu'un pansement plus

complet, destiné par son volume à s'appliquer exactement sur les parties saignantes et par la compression qu'il exerce à tarir la source de l'hémorrhagie.

On peut se servir pour les pansements et les tamponnements de l'ouate hydrophile et de la gaze. On les emploie à l'état sec et on les imprègne de poudres absorbantes, destinés à recueillir les liquides qui s'écoulent de l'utérus. Les pansements secs ont sur les pansements humides l'avantage de dessécher les plaies et de désodoriser les pertes sanieuses. L'iodoforme, le tannin, le talc, le carbonate de magnésie, le benjoin répondent très bien à ces indications.

Pour pratiquer le tamponnement nous donnons la préférence à la gaze, découpée en grandes lanières, que l'on tasse profondément dans le cul-de-sac et au-devant du col. S'il s'agit d'arrêter une hémorrhagie; il ne faut pas hésiter à en introduire de grandes quantités de façon à distendre le vagin et à exercer sur le col une compression efficace. Toutefois l'on n'est jamais obligé de pousser le tamponnement aussi loin que dans le placenta prævia, où il est si pénible pour les femmes, qu'elles ne peuvent la supporter plus de douze heures. Dans les cas nombreux, où nous avons eu l'occasion de le mettre en œuvre, nos malades ont pu le tolérer pendant plusieurs jours, sans adresser la moindre plainte et sans ressentir aucun trouble dans les fonctions de la vessie et du rectum.

L'ouate hydrophile est bonne aussi, mais il ne faut

pas l'employer sous forme de tampons serrés, durs, parce qu'ils ne forment pas une masse homogène, se prêtent moins à l'imprégnation et permettent au sang de s'accumuler dans leurs interstices.

Nous verrons plus loin à quelles indications précises répondent le pansement et le tamponnement. D'ores et déjà nous pouvons dire qu'ils constituent les préliminaires indispensables de toute opération sur le vagin et sur l'utérus. C'est le seul moyen d'assurer l'asepsie d'une région réputée pendant longtemps impossible à désinfecter. C'est encore le seul moyen, lorsqu'il s'agit d'une femme exsangue, profondément anémiée par des pertes considérables, ou cachectisée par des résorptions putrides, de gagner du temps, de relever les forces de la malade et de rendre possible pour l'avenir une intervention, que contre-indique momentanément l'état général.

On voit donc tout le parti qu'on peut tirer du pansement et du tamponnement, non seulement comme moyen palliatif immédiat, mais aussi comme préliminaires antiseptiques d'une opération ultérieure plus importante.

5. — *Le curage dans le cancer de l'utérus.* — Nous nous étendrons volontiers sur cette intervention, parce qu'elle peut être pratiquée par tous les praticiens et que, sans faire courir les moindres dangers, elle procure souvent un soulagement considérable aux malades.

Il s'adresse aux cancers, qui ont envahi le col dans sa totalité, affectent la forme proliférante et sont le siège

d'hémorrhagies ou d'écoulements échoreux abondants. Il s'adresse aussi aux cancers du corps avec résorption putride et accidents fébriles.

Dans le premier cas, il s'agit surtout d'un évidement qui supprime avec la curette les parties friables envahies ; dans le second cas, c'est un curage vrai, semblable à ceux qu'on pratique dans les métrites chroniques hémorrhagiques et suppurées.

A la vérité on combine souvent les deux : après avoir supprimé les bourgeons proliférants, on termine l'opération par quelques coups à curette, appliqués dans le cancer cervical ou dans la cavité du corps.

Ajoutons que lorsqu'on hésite entre une métrite chronique et un cancer du corps, le curage peut être appelé à résoudre le problème.

Le curage est formellement contre-indiqué quand la malade vient de faire des pertes sanguines abondantes. Il faut tergiverser et, en attendant le curage, pratiquer des tamponnements et des pansements, ainsi que nous l'avons indiqué.

Doit-on donner du chloroforme ? c'est affaire d'appréciation variable avec les cas. On se basera sur l'état général de la malade et sur l'étendue que l'on veut donner à l'opération. Dans les cas ordinaires, il est possible de pratiquer le curage, sans anesthésie chloroformique. Les tissus qu'enlève la curette sont dépourvus de sensibilité. En outre, l'opération dure peu de temps. Nous y voyons encore un autre avantage,

c'est que le praticien peut opérer seul, sans faire appel à un aide pour administrer le chloroforme. De plus, il ne faut pas oublier que le chloroforme est toujours dangereux chez les personnes affaiblies.

Nous recommandons les valves pour écarter les parois du vagin. Dès les premiers coups de curette, le sang coule à flot : si l'on n'est prévenu, on a tendance à s'arrêter. Bien au contraire, il faut procéder rapidement au curage de toutes les fongosités. Dès qu'on atteint les tissus sains, l'hémorrhagie s'arrête. Cela est surtout vrai pour les cancers du col développés en champignon.

Du reste, la cautérisation ignée et les pansements consécutifs maîtrisent facilement les hémorrhagies, qui, vu leur abondance ou leur persistance, pourraient être un danger.

Lorsqu'il s'agit du cancer du corps, l'hémorrhagie peut être par contre plus difficile à arrêter et partant plus grave, mais un pansement intra-utérin bien fait la combat avec avantage.

6. — *Cautérisations.* — De tous temps, le feu a été conseillé contre le cancer et contre les cancers de l'utérus en particulier. On l'employait pour détruire les végétations cancéreuses et polypeuses. C'est un agent excellent qui mérite d'être conservé.

Nous nous bornerons à signaler l'anse galvanique et le thermocautère dont on s'est servi pour faire l'amputation du col. Malgré tous ces perfectionnements, nous préférons le cautère actuel vulgaire, celui dont se servaient les anciens chirurgiens.

La cautérisation ne doit être qu'un complément du curage utérin. Après que la curette a fait son œuvre, nous conseillons d'éteindre, suivant les besoins, plusieurs cautères dans les parties cruentées, en évitant la vessie et le rectum. On atténuera les effets du rayonnement à l'aide d'un spéculum en bois et de compresses mouillées.

Les surfaces cautérisées cessent de saigner; quelques jours après des escharres se détachent et au-dessous on voit une plaie très rouge, de bon aspect. On a signalé, au moment de la chute des escharres, des fistules du rectum ou de la vessie. Nous n'avons jamais observé cet accident.

CHAPITRE III

Indications thérapeutiques.

Nous avons passé en revue les divers moyens dont nous disposons pour combattre les accidents du cancer de l'utérus. Il nous reste à les mettre en œuvre, c'est-à-dire à déterminer les indications auxquelles ils répondent et à les y appliquer.

A. — MÉTRORRHAGIES

Les indications fournies par les métrorrhagies sont subordonnées à la disposition anatomique du cancer et à son degré d'extension.

S'agit-il d'un cancer limité du col avec intégrité des culs-de-sac et mobilité normale de l'utérus, s'agit-il

encore d'un cancer du corps, sans propagation manifeste aux ligaments larges, on sera autorisé à tenter l'hystérectomie vaginale, pourvu que l'état général soit bon. C'est dans ces conditions que fut opérée la malade, dont on va lire l'observation.

La nommée L., âgée de 50 ans, entrée à l'hôpital Tenon dans le service de notre maître, M. Richelot, se plaint de métrorrhagies abondantes, qui remontent déjà à plusieurs mois et qui, qui devenues plus fréquentes, l'ont plongée dans un état extrême d'anémie. On ne relève rien de notable dans ses antécédents héréditaires ou personnels ; elle a eu plusieurs enfants tous vivants. C'est la première fois qu'elle se trouve malade d'une façon sérieuse.

Il est une particularité qui frappe d'abord les yeux : c'est la pâleur extrême de la peau et des muqueuses ; jamais nous ne l'avons vue portée à un si haut degré.

Elle est anhéante, fatiguée, incapable d'efforts. Son pouls est mou et dépressible. L'exploration gynécologique révèle un gros champignon cancéreux hémorrhagique dans le fond du vagin. Un toucher superficiel laisserait croire que l'utérus est profondément envahi.

Or, si on contourne le néoplasme avec quelques précautions, on remarque qu'il est implanté par un pédicule assez étroit, sur la lèvre antérieure du col, que les culs-de-sac sont libres, la paroi vaginale saine et l'utérus mobile dans tous les sens. Aussi, après plusieurs jours de tergiversations, où les indications comparatives d'une hystérectomie totale et d'une hystérectomie partielle furent tour à tour discutées, sûr de pouvoir abaisser l'utérus sans difficulté, M. Richelot se décida pour l'hystérectomie. Mais, au préalable, nous pratiquâmes, tous les deux jours, des injections vaginales, suivies de pansements et de tamponnements, d'une part, pour assurer l'antisepsie, et d'autre part, pour tarir les hémorrhagies qui épuisaient la malade et contre-indiquaient pour le moment une opération telle que l'hystérectomie vaginale.

Au bout de trois semaines, grâce à ces soins préliminaires, la malade put subir l'opération.

Le vagin étant largement dilaté avec des valves, l'utérus est abaissé et le gros champignon cancéreux abrasé, ce qui donne aussitôt beaucoup de jour. Incision circulaire sur le col, décollement de la muqueuse en avant et en arrière au niveau du cul-de-sac. Le péritoine est ouvert en avant et en arrière. Deux pinces longuettes à droite, trois pinces à gauche sont placées sur les ligaments larges, qu'on coupe progressivement de bas en haut avec les ciseaux.

Dans cette observation, il y a lieu, croyons-nous, de mettre en relief les trois points suivants :

1) Au premier abord, le cancer paraissait très étendu. Un examen plus soigné révéla qu'il était circonscrit et n'intéressait que la lèvre antérieure du col. L'hystérectomie vaginale fut décidée.

2) Comme la malade était très affaiblie, on fit sur le cancer, avant d'entreprendre l'opération, des pansements antiseptiques et hémostatiques, pour permettre à la malade de reprendre des forces.

3) Pratiquée dans ces conditions et avec ces réserves, l'opération donna des résultats immédiats excellents. L'anémie disparut, l'état général s'améliora.

Au point de vue où nous nous plaçons, malgré la mort aussi rapide de la malade, nous pouvons considérer ce cas comme un succès, car, si la guérison ne fut pas définitive, on conjura du moins le danger immédiat, l'hémorrhagie. En vérité pouvait-on espérer mieux ? Mais on peut se demander si toute autre intervention n'eût pas donné des résultats aussi bons. Il est logique

de penser que l'amputation ou l'évidement du col, le grattage du champignon cancéreux aurait supprimé la cause des hémorrhagies et placé la malade dans les mêmes conditions qu'après l'hystérectomie vaginale, en réservant la question de récurrence, qui est discutée et discutable et que nous n'avons pas à traiter.

En présence d'un cancer du corps, on peut se borner à pratiquer le curage : si l'on avait des difficultés pour arrêter l'hémorrhagie qui suit toujours cette intervention, on aurait recours aux injections intra-utérines, aux attouchements avec la solution normale de perchlorure de fer, au tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

S'agit-il d'un cancer du col, trop étendu pour autoriser une hystérectomie vaginale, on s'adressera à l'une des opérations palliatives que nous avons signalées : hystérectomies partielles supra ou infravaginale, etc... Nous recommandons surtout « l'abrasion de tous les bourgeons charnus, avec la curette, suivie du nettoyage de la cavité utérine, car c'est une opération qui exige peu de temps, ne nécessite que l'anesthésie chloroformique et ne fait courir aucun danger. La cautérisation ignée consécutive complète le curage de la façon la plus heureuse.

Mais toutes les fois que l'état général est faible, soit par suite des hémorrhagies, soit par suite de la cachexie, il faut proscrire les interventions sanglantes, si petites soient-elles. Des injections vaginales antiseptiques très chaudes, bien pratiquées, des pansements et des tamponnements

minutieusement appliqués, suivant les règles que nous avons données, font face aux premiers dangers.

On voit plus tard ce qu'il est possible de faire pour la malade quand tout danger de mort immédiate est écarté. C'est en nous inspirant de ce précepte que nous avons donné nos soins à la malade, qui est objet de l'observation suivante :

Étant de garde à l'Hôpital Tenon, nous fûmes appelé dans l'après-midi, dans un service de médecine, auprès d'une femme d'une quarantaine d'années pour une métrorrhagie très abondante, que n'arrivaient pas à maîtriser les injections vaginales d'eau à 45°, prescrites le matin à la visite.

L'examen de la malade nous permet de faire les constatations suivantes, que nous trouvons dans nos notes et que nous transcrivons intégralement.

Femme profondément anémiée, très pâle, n'ayant pas le teint jaune paille. La peau, la conjonctive, les lèvres, les gencives sont décolorées. Il y a 6 mois elle a commencé à perdre du sang, d'une façon irrégulière, en dehors des périodes menstruelles, alors qu'autrefois elle était bien réglée. Depuis deux mois les pertes de sang sont devenues plus abondantes. La malade, très inquiète, a vu plusieurs fois au Havre un médecin qui lui a prescrit de l'ergot de seigle, de l'ergotine et des injections vaginales antiseptiques, mais sans résultats appréciables. Découragée, elle a fait le voyage de Paris, où elle a habité jadis, s'est présentée au Bureau Central et a fini par échouer, après ces nombreuses pérégrinations, dans un service de médecine de l'Hôpital Tenon.

A la visite du matin, après un examen sommaire, on a ordonné, pour arrêter les hémorrhagies, des injections vaginales antiseptiques chaudes. Le soin de ces irrigations a été confié à une infirmière; mais, malgré tous ses efforts, elle n'est arrivée à aucun résultat, et la malade s'affaiblit de plus en plus.

Après avoir pratiqué le toucher vaginal et constaté l'existence d'un énorme cancer bourgeonnant de l'utérus, nous faisons porter la malade sur le lit à spéculum, afin de procéder à un examen complet et d'aviser aux moyens de tarir l'écoulement du sang.

Le vagin est entièrement rempli par une masse bourgeonnante lobulée, molle, friable, saignant au moindre contact. En suivant la paroi vaginale, on constate que le col tout entier a disparu au milieu de la masse, que les culs de sac sont envahis, et que la paroi vaginale elle-même commence à s'infiltrer.

Le doigt revient chargé de sang, de caillots et de détritux cancéreux.

Nous ne prolongeons pas notre exploration pour éviter d'aggraver l'hémorrhagie ; du reste notre religion est éclairée : il s'agit d'un cancer du col à forme végétante et la métrorrhagie est due à la déchirure des bourgeons charnus. La canule vaginale, maniée par une main inexpérimentée, ne fait que l'entretenir.

Aussi, faisant préparer une injection, nous nous disposons à la donner nous-même, suivant la technique dont nous usons toujours en pareil cas.

Pour arrêter l'hémorrhagie, après avoir débarrassé le vagin des caillots et des détritux qu'il renferme, nous nous décidons à pratiquer le tamponnement. Laissant de côté le spéculum, qui ne pourrait embrasser toute la masse du cancer et risquerait de lacérer les tissus, nous nous servons de deux vulves, que nous introduisons, suivant notre habitude, avec beaucoup de douceur.

A l'aide de tampons d'ouate hydrophile, montés sur une pince et imbibés de liqueur de Van Svieten et d'une solution d'acide phénique à 25 pour 1000, nous détergeons la surface sanglante : le sang suinte sur toute son étendue ; en aucun point il ne s'écoule en jet ; c'est une hémorrhagie en nappe. La vessie est vidée (avec précautions antiseptiques) et le vagin bourré de rubans de gaze iodoformée, surtout au niveau des culs de sac. Le tamponnement n'est pas poussé aussi loin

que s'il s'agissait d'un tamponnement obstétrical pour placenta prævia.

Le pansement est complété par l'application d'un carré d'ouate hydrophile appliqué au devant de la vulve et maintenu à l'aide d'un bandage en T.

Le lendemain la malade passe du service de médecine dans le service de chirurgie de notre maître M. Richelot, qui, après avoir appris les péripéties du traitement antérieur, veut bien, avec sa générosité ordinaire, nous confier la direction des soins à donner.

5 juillet 1889. — Depuis le moment du pansement, qui remonte à 18 heures environ, la malade ne perd plus de sang. La nuit a été assez calme. L'anémie est très profonde, le pouls est fréquent, mou, très faible. Les vertiges, les tintements d'oreille persistent. Si on assied la malade, il y a de la tendance à la lipothymie et à la syncope. Miction spontanée malgré le tamponnement. Pas de selles. Nous recommandons d'alimenter la malade, autant que le permettra l'appétit qui est peu développé.

L'ouate extérieure n'a pas été souillée par du sang, ce qui prouve que si l'hémorrhagie a continué, elle n'a pas été suffisante pour imbiber le tampon.

Dans ces conditions, nous évitons de changer ce tampon, craignant de provoquer une nouvelle hémorrhagie et de fatiguer la malade qui, vu son état de faiblesse, demande beaucoup de ménagements.

Le surlendemain, nous enlevons le tampon. Celui-ci a été infiltré de sang, dans les points où il était en contact avec la plaie utérine, mais non dans sa partie extérieure. Aucune odeur fétide ne se dégage. La plaie ne saigne plus, sauf dans certains points, où le pansement, étant adhérent, a dû être arraché par quelques tractions.

A l'aide de valves, nous pratiquons une irrigation vaginale antiseptique, à jet très modéré. Nous complétons le nettoyage de la plaie avec des tampons de ouate hydrophile. Le champignon qui remplit le vagin est excessivement friable, mais nous nous efforçons de l'épargner, afin de ne pas créer d'hémorrhagie nouvelle. Toute perte sanguine est à redouter

et l'on ne peut songer à pratiquer l'ablation de la masse cancéreuse avant que l'état général de la malade ne se soit amélioré. Nous renouvelons le pansement suivant la technique indiquée plus haut.

Les pansements sont pratiqués tous les deux jours et assez souvent même tous les trois jours. On pourrait même les laisser en place plus longtemps, car, toutes les fois qu'on les change, on ne constate aucun ichor, à peine un peu de sang, aucune odeur notable. Sous l'influence de la suppression des hémorrhagies, d'une alimentation réparatrice, de préparations ferrugineuses (protoxalate de fer), la malade reprend des forces, la pâleur s'atténue, le pouls se relève, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les pendiculations disparaissent, le calme renaît dans son esprit : à la dépression mentale des premiers jours, fait place une quiétude d'esprit de bon augure. Toutes les grandes fonctions se régularisent, l'appétit renaît, les urines sont plus abondantes, les selles sont normales.

Au bout de quinze jours, l'état général est assez bon pour nous permettre de pratiquer une opération palliative, projetée dès les premiers jours.

Opération le 20 juillet 1889. — Deux lavements évacuateurs, l'un hier, l'autre ce matin. La région vulvaire est nettoyée *largâ manu* avec la brosse et le savon. Irrigations vaginales avec liqueur de Van Svieten dédoublée. Cathétérisme de la vessie.

Deux valves sont placées profondément dans les culs de sac du vagin, l'une en avant, l'autre en arrière. Deux aides les maintiennent et écartent les parois vaginales pour bien mettre en évidence les bourgeons cancéreux.

Avec une grosse curette tranchante, nous abrasons toutes les parties friables et suspectes qui se présentent. L'ensemble des parties enlevées atteint environ le volume d'une tête de fœtus à terme.

Nous ne nous arrêtons que lorsque nous trouvons le tissu dur et résistant de l'utérus. Pendant les manœuvres nous évitons de porter la curette du côté du bas-fond de la vessie

ou de la partie antérieure du rectum. Du reste nous sommes en partie protégés de ce côté par la présence des vulves.

Pendant que la curette travaille au milieu des masses friables, le sang coule en abondance, noir et épais. Dès que nous arrivons sur les tissus durs, l'hémorrhagie s'arrête.

Du reste la surface d'implantation du cancer est relativement petite, surtout si on la considère par rapport au volume des masses cancéreuses que nous avons enlevées. Elle dépasse à peine l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent. Au centre nous constatons un orifice qui correspond au canal utérin. Les bords étant friables, à l'aide d'une curette fenêtrée assez étroite nous pénétrons dans la cavité utérine et pratiquons le curage. Celui-ci a pour résultat d'évacuer une grande quantité de détritits mêlés à des caillots sanguins. Il semble que le cancer ait suivi la muqueuse dans la cavité utérine, à moins que sous l'influence des sources nombreuses d'infection qu'avait créées le cancer, il ne se soit développé une endométrite avec sécrétions muco-purulentes et production de fongosités. Après le curage la cavité utérine paraît notablement agrandie.

Nous terminons l'opération en éteignant sur le moignon utérin deux cautères actuels portés au rouge. Le thermocautère nous sert aussi pour détruire quelques bourgeons charnus qui nous avaient échappé et pour cautériser les bords de l'orifice utérin.

Enfin, dans l'intérieur de la cavité utérine, nous introduisons, à l'aide d'une grande pince à pansement, une mèche de gaze préalablement trempée dans une solution de perchlorure de fer.

Il nous est impossible à l'heure actuelle de nous rendre compte exactement de l'étendue des lésions. Le col tout entier est détruit, la lésion affleure le cul de sac antérieur. Par contre, latéralement et en arrière, elle empiète sur le cul de sac. L'utérus est gros; on en sent facilement le fond derrière la symphyse. Il n'est pas fixé; toutefois, les mouvements qu'on lui imprime ne s'exécutent pas avec la liberté habituelle. L'hystérectomie vaginale totale rencontrerait des difficultés considérables, du fait de l'extension des lésions aux culs-de-sac. D'un pronostic immédiat bien plus grave, elle n'obvierait pas mieux que notre intervention aux

dangers de l'hémorrhagie et ne s'opposerait pas davantage à la *récidive*, qui est fatale, quelle que soit l'intervention.

Nous bourrons le vagin de gaze iodoformée (peu chargée en iodoforme) et nous recouvrons la vulve d'une lame d'ouate maintenue à l'aide d'un bandage en T.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Pas de fièvre.

Le pansement n'est changé qu'au bout de 8 jours. Il n'est pas plus sali que s'il s'agissait d'une opération gynécologique pour une lésion non cancéreuse, curage simple, opération d'Emmet, opération de Schroeder. Peu de sang, pas d'ichor, surtout pas d'odeur.

L'état général s'améliore avec une rapidité à laquelle on ne s'attendait pas. Les pommettes se colorent. La malade est gaie, mange bien, et voyant ses forces renaître se prend à espérer, alors qu'à son arrivée elle était découragée, abattue, effrayée par les pertes sanguines continuelles qu'elle éprouvait.

Les pansements sont renouvelés tous les huit jours : les parties cautérisées se détachent et laissent à nu un tissu rouge de bon aspect.

Au bout d'un mois, la malade désire rentrer chez elle, auprès de son mari et de ses enfants.

A plusieurs reprises, sur notre recommandation expresse, elle nous écrivit pour nous tenir au courant de sa santé. Les nouvelles étaient habituellement très bonnes. Deux fois seulement, dans les derniers temps, elle nous raconta qu'elle avait perdu du sang, mais que les irrigations suivies de pansement l'avaient arrêté.

Cependant, au bout de six mois, nous ne reçûmes plus aucune nouvelle. Peut-être est-elle morte alors d'une complication intercurrente.

Nous avons reproduit cette observation avec un luxe de détails qu'on trouvera peut-être superflu. Nous croyons cependant qu'une description concrète vaut mieux qu'une description abstraite, si parfaite qu'elle soit. En outre, elle nous paraît typique pour la démonstration de notre thèse.

Voilà une femme atteinte de cancer de l'utérus, avec hémorrhagies considérables qui mettent sa vie en péril. Après un examen des plus superficiels et des plus incomplets, on ordonne d'une façon banale des irrigations vaginales et on en confie le soin à une personne incompétente. Assurément les irrigations vaginales chaudes réussissent bien dans certaines hémorrhagies de l'utérus, mais elles échouent contre quelques variétés, et celles que nous traitons rentrent dans cette catégorie. Bien plus, après les développements que nous avons donnés, on sent combien elles pouvaient être nuisibles et l'étaient même dans notre cas, et l'on ne s'étonnera pas que l'hémorrhagie, loin de se tarir, ne subît une recrudescence après chaque irrigation.

Cette observation nous montre aussi combien il est nécessaire de faire un diagnostic, qui précise et la nature du mal et ses modalités anatomiques. Enfreindre cette règle, c'est s'exposer à faire un traitement irrationnel et à donner par exemple de l'ergot de seigle, dans un cas où l'instrument tranchant et à son défaut un pansement méthodiquement pratiqué peut seul maîtriser l'hémorrhagie.

B. — TRAITEMENT DES ÉCOULEMENTS ICHOREUX.

Les procédés que nous avons mis en œuvre contre les métrorrhagies s'appliquent en partie aux écoulements ichoreux, mais non d'une façon complète.

L'hémorrhagie est dangereuse par l'anémie qu'elle crée. Le danger des écoulements ichoreux réside dans leur formation incessante et leur résorption sur place. C'est à ces résorptions putrides que tiennent sans doute la cachexie si spéciale des cancéreuses et les accès fébriles qu'elles provoquent.

Le curage, le fer rouge, les hystérectomies partielles infra ou supra vaginales, en supprimant les fongosités cancéreuses, tarissent une des sources les plus abondantes des pertes sanieuses. Aussi toutes les fois que ces dernières, par leur abondance ou leur fétidité, constituent un danger ou une gêne pour la malade, ne faut-il pas hésiter à pratiquer ces opérations, alors même qu'elles ne seraient pas, d'autre part, commandées par des métrorrhagies.

Les irrigations et les pansements, renouvelés fréquemment, modifieront heureusement les écoulements ichoreux.

La liqueur de Van Svieten, le biiodure de mercure à 1 pour 4000 constituent de bases antiseptiques; mais ce sont de faibles désodorants.

L'acide phénique à 4 pour 100 est peut-être moins antiseptique mais son action désodorante est plus énergique. Cependant il a plusieurs inconvénients: son odeur d'abord déplaît à beaucoup de personnes; il est un peu caustique et son contact avec une paroi vaginale enflammée, érodée déjà, peut être particulièrement pénible.

Le permanganate de potasse est l'agent par excellence de la désodorisation. Il est en même temps très-antiseptique.

tiqué. Ces deux propriétés, il les doit à son action chimique sur les tissus, qu'il attaque pour leur prendre de l'oxygène. Une solution à 1 pour 1000 convient très-bien. Elle n'est pas trop caustique et son action désodorante et antiseptique est suffisante. En outre, on n'a pas à redouter d'intoxication comme avec le sublimé ou l'acide phénique.

Les pansements secs antiseptiques (poudres associées à l'ouate hydrophile ou à la gaze) répondent à plusieurs indications des écoulements ichoreux.

Ils absorbent les liquides sécrétés, suppriment leur odeur, les empêchent de souiller la vulve et le périnée et de produire ces érythèmes, ces érosions et ces ulcérations, qui, à elle seules, constituent trop souvent un supplice pour les malades.

L'iodoforme en poudre ou mêlé à la gaze iodoformée donne de très bons résultats, mais il faut l'employer avec mesure, car, son usage devant être continué longtemps, il y a lieu de redouter les phénomènes d'intoxication.

On peut diminuer les chances d'intoxication par l'iodoforme, en l'associant à des poudres inertes, antiseptiques autant que possible, dites aussi poudres absorbantes, telles que le sous-nitrate et le salicylate de bismuth, la poudre de talc, le carbonate de magnésie, le tannin..... On se servira avec avantage de la mixture préconisée par M. Lucas-Championnière contre les supurations abondantes en général :

Poudre de benjoin	} en parties égales.
Poudre d'iodoforme	
Carbonate de magnésie	

M. Nicaise, dans les mêmes conditions, se sert avec avantage de sciure de bois goudronnée : elle donnerait assurément les meilleurs résultats dans le traitement des écoulements ichoreux.

Au début, il est bon de renouveler ces pansements fréquemment, tous les jours ou tous les deux jours ; mais quand les écoulements se tarissent ou diminuent, et ils ne tardent pas à le faire, on peut les espacer davantage et ne les réitérer que tous les 3, 4 ou 5 jours. Il n'est pas possible habituellement d'attendre plus longtemps.

Sous leur influence, l'état local s'améliore rapidement. Les érythèmes disparaissent, les érosions et les ulcérations, s'il s'en est formé, se cicatrisent ; les souffrances cessent. Du côté de l'utérus, l'amélioration n'est pas moindre : les tissus nécrosés se désagrègent, les sécrétions diminuent ou sont absorbées au fur et à mesure qu'elles se forment, et par dessus tout perdent ces odeurs nauséabondes qui empoisonnent l'atmosphère des chambres habitées par les malades et ont pour résultat, au cours des pires épreuves, de faire le vide à leur chevet.

Cette amélioration de l'état local influe d'une façon très heureuse sur les grandes fonctions : l'appétit, qui était languissant se relève, les digestions s'améliorent ; la peau, devenue sèche, parcheminée, reprend sa souplesse.

Il n'est pas jusqu'à la teinte jaune paille qui ne s'atténue, sans toutefois disparaître jamais complètement. Enfin, résultat des plus précieux, le moral se relève, tandis que l'espérance renaît dans l'esprit des malades.

C. — PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

L'élément douleur, qui prend une si grande valeur comme complication, se rattache à des causes multiples et suivant l'une ou l'autre, commande une médication différente.

Lorsque la douleur est provoquée par le contact des liquides ichoreux, avec les muqueuses vaginale ou vulvaire et la peau du périnée, rien en vérité n'est plus facile que de l'atténuer et de la faire cesser ; des injections antiseptiques, mais peu irritantes, des pansements secs avec des poudres inertes, l'isolement des parois vaginales à l'aide de la gaze ou de l'ouate hydrophile rempliront admirablement ces indications.

Lorsque la douleur ressortit réellement à la lésion utérine, sans qu'on puisse invoquer la propagation, comme nous avons pu le voir dans plusieurs observations, on peut encore s'en rendre maître.

Qu'on intervienne par l'hystérectomie vaginale totale, qu'on se borne à pratiquer l'extirpation du col, au dessus ou au-dessous de l'insertion vaginale, qu'on se contente même d'abraser grossièrement avec la curette les parties envahies, et de panser méthodiquement la plaie, on arrive

toujours à produire des effets sédatifs très remarquables (1).

Très différentes à cet égard sont les douleurs qui relèvent de la propagation des lésions aux ligaments larges. Ils font le tourment des malades et le désespoir du médecin. C'est dans ces conditions qu'on est autorisé à faire appel à la médication proprement dite de la douleur et que la morphine trouve une indication formelle. C'est le seul agent sur lequel on puisse compter pour atténuer les souffrances. Il ne faut pas hésiter à en accroître les doses au fur et à mesure que l'accoutumance en diminue les effets médicamenteux. On n'a pas à en redouter les effets d'intoxication chronique, puisque les malades sont voués à une mort imminente.

Propagation du cancer de l'utérus au rectum, à la vessie, aux uretères.

Les ressources dont dispose le médecin, en présence d'une lésion cancéreuse de l'utérus, propagée au rectum ou à la vessie, sont très limitées. On redoublera auprès des malades de soins de propreté. On poursuivra les bourgeons charnus avec la curette et le fer rouge. Les

(1) M. le professeur Tillaux nous a affirmé que le cancer de (en dehors des cas où l'on peut incriminer les propagations et les compressions) ne devient douloureux que lorsqu'il a gagné le corps de l'utérus. Notre attention n'ayant pas été attirée de ce côté, nous ne trouvons pas dans nos notes d'éléments suffisants pour formuler une opinion. Nous avons vu des cancers assez avancés, avec envahissement des culs-de-sac et disparition du col (variétés de cancers à grand cercle) provoquer des douleurs qui cédaient à des irrigations vaginales antiseptiques et à des pansements régulièrement pratiqués. La disparition des douleurs ne permettant pas de les rattacher aux propagations cancéreuses dans les ligaments larges et le petit bassin, nous avons été conduit à faire intervenir l'irritation de la plaie. L'amélioration rapide que produisent les pansements antiseptiques plaide en faveur de notre interprétation. D'ailleurs, n'en est-il pas de même des plaies ordinaires, qui cessent d'être douloureuses dès qu'elles sont bien pansées.

tamponnements à la gaze et à l'ouate hydrophile, les poudres antiseptiques et absorbantes rencontreront ici une indication encore plus formelle.

N'y a-t-il pas plus et mieux à faire ? Dans certains cas de cancers primitifs du rectum très étendus, en présence des hémorrhagies dont ils s'accompagnent, de la gêne qu'ils apportent au cours des matières, des phénomènes de résorption putride qui se produisent dans ce foyer infecté, on a tenté de détourner du rectum le cours des matières fécales, à l'aide d'un anus iliaque, et de pratiquer ensuite des traitements locaux : irrigations, pansements, curage et cautérisation ignée. Le procédé de Maydl, introduit dans le manuel opératoire de l'anus iliaque, constitue un grand perfectionnement, qui justifie et autorise cette intervention, même chez un cancéreux très avancé.

Quand le malade est remis, au bout de quelques jours, on s'attaque au cancer du rectum, à l'aide de la curette et du fer rouge, on le poursuit dans le petit bassin aussi loin qu'on le peut.... Dans la suite on panse régulièrement tous les jours.

Les résultats immédiats de cette opération sont excellents, et sans tomber dans un optimisme que ne légitime pas la nature de l'affection, on peut dire qu'elle prolonge, de l'avis général, les jours des malades ou tout au moins atténue leurs souffrances et relève leur moral.

Par analogie, est-ce que cette intervention ne rencon-

trerait pas une indication dans certains cancers de l'utérus ?

Quand le cancer s'est propagé du côté du rectum, qu'il a ulcéré ses parois, que les matières fécales pénètrent dans le vagin et se mêlent aux produits ichoreux de l'utérus, nous nous trouvons à peu près dans les conditions d'un cancer primitif du rectum, et nous estimons qu'on pourrait soulager les malades en dérivant le cours des matières par un anus iliaque. A notre connaissance, l'opération n'a jamais été tentée, elle mériterait de l'être, si la cachexie trop profonde et la mollesse du pouls, ne la contre-indiquaient pas formellement.

La coexistence d'une communication vésicale rendrait l'intervention moins fructueuse, sans la proscrire cependant.

De la propagation du cancer de l'utérus à la vessie, nous n'avons rien à dire touchant les indications : les soins de propreté, conduits avec persévérance, constituent la suprême ressource.

Il n'en est pas de même, quand par suite de l'envahissement du bas fond de la vessie, l'embouchure des uretères est obstruée. Si l'obstruction porte sur les deux uretères, c'est l'anurie à brève échéance avec tous ses accidents immédiats et la mort rapide comme conséquence. Si un seul des uretères est intéressé, la physionomie des accidents peut être différente (1). L'urine, sécrétée par

(1) Il est avéré que l'oblitération d'un uretère par un calcul peut s'accompagner d'une anurie complète et l'on invoque pour expliquer cette dernière, une action réplexe, inhibitoire, partie du côté malade et retentissant sur le côté sain. Nous ne savons pas si on peut appliquer ces faits à l'obstruction d'un uretère par le cancer de l'utérus.

les reins, ne s'élimine que d'un côté, celui où l'uretère est perméable ; du côté opposé, gênée par l'obstacle, elle s'accumule, distend l'uretère et le bassinet : l'hydronéphrose est constituée. Cette complication, par elle seule, devient inquiétante : ce n'est pas tant à cause de l'intoxication possible par résorption de l'urine sécrétée (cette résorption est toute hypothétique), ou de l'insuffisance de la sécrétion urinaire par un seul rein (on sait que la suppléance s'établit rapidement) ; mais l'uretère trop distendu peut se rompre et l'urine qu'il contient se déverser dans le péritoine.

Peut-on encore être utile aux malades. Rappelons que nous sommes, à ce moment, à une période avancée de la cachexie cancéreuse, qu'il faut se montrer avare d'intervention, et *éviter de tuer le malade, sous prétexte de le guérir*. C'est dire que nous condamnons la néphrectomie, opération longue, douloureuse, nécessitant le chloroforme, compatible seulement avec un état général excellent. Cependant, il y a lieu de se demander si l'incision du rein et l'ouverture du bassinet, qui peuvent être pratiqués avec rapidité et au besoin sans chloroforme, ne pourraient être proposées dans les conditions extrêmes où nous nous sommes placé, pour évacuer l'urine et parer au danger immédiat. N'ayant pas de documents qui puissent nous éclairer, nous posons la question sans la résoudre.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de l'utérus, si on laisse de côté la question du traitement curatif, que n'a pas encore résolue la pratique de l'hystérectomie vaginale, offre au cours de son évolution une série d'accidents, hémorrhagies, pertes sanieuses, phénomènes douloureux, propagations diverses au rectum, à la vessie, aux uretères, qui, considérés en eux-mêmes, en précipitent la marche et en augmentent l'horreur.

II. — Ces accidents, grâce à des soins vigilants, peuvent être palliés par la mise en œuvre de moyens thérapeutiques et de procédés opératoires simples et exempts de danger : les irrigations vaginales, judicieusement pratiquées, les cautérisations ignées, les opérations partielles diverses, amputations supra et infra-vaginales, typiques ou atypiques, l'évidement du col et le curage de l'utérus, les pansements et les tamponnements antiseptiques donnent suivant les indications auxquelles ils répondent, les résultats les plus encourageants.

Quand le cancer, par ses progrès successifs, a établi une communication entre le rectum et le vagin, on peut se demander si on n'apporterait pas encore un soulagement aux souffrances des malades, en dérivant, à l'aide d'un anus iliaque, le cours des matières fécales, ainsi

qu'on l'a fait dans certains cas de cancer primitif du rectum, pour permettre ensuite de curer les fongosités du petit bassin et de pratiquer des pansements antiseptiques.

Vu par le Président de la Thèse,
M. TILLAUX.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
Dr BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.	5

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Coup d'œil sur la physionomie et l'évolution cliniques du cancer de l'utérus	7
CHAPITRE II. — Accidents du cancer de l'utérus	11

DEUXIÈME PARTIE. — Traitement.

CHAPITRE I. — Technique de l'exploration du cancer de l'utérus . .	19
CHAPITRE II. — Description des méthodes du traitement	23
CONCLUSIONS	51
